Cámara de Representantes

XLVIII Legislatura

DIVISIÓN PROCESADORA DE DOCUMENTOS

Nº 510 de 2016

S/C

Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social

RED DE SINDICATOS DE TRABAJADORES DE
EMERGENCIAS MÓVILES

MÉDICOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE ASSE

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 10 de mayo de 2016

(Sin corregir)

Preside: Señora Representante Nibia Reisch.

Miembros: Señores Representantes Walter De León, Luis Gallo Cantera, Martín Lema Perreta y Egardo Mier.

Delegado de Sector: Señor Representante Silvio Ríos Ferreira.

Invitados: Integrantes de Emergencias Móviles señores Víctor Muñiz, Humberto Risso, Ricardo Bartolotte y Sergio Yuiss.

Médicos de Primer Nivel de Atención de ASSE, doctores Ana Fraga, Guillermo Souza, Carlos Altamiranda y Rafael Smirne.

Secretaria: Señora Myriam Lima.

Prosecretaria: Señora Viviana Calcagno.

═══════II═══════

SEÑORA PRESIDENTA (Nibia Reisch).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión da la bienvenida a una delegación de la Red de Sindicatos de Trabajadores de las Emergencias Móviles, integrada por los señores Víctor Muniz, Humberto Risso, Ricardo Bartolette y Sergio Luis.

SEÑOR MUNIZ (Víctor).- Somos parte de los sindicatos de las emergencias móviles afiliadas a la Federación Uruguaya de la Salud. Venimos al Parlamento, una vez más, a hablar sobre una situación que se viene dando lenta y paulatinamente desde la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, en el marco de los servicios de emergencia médico móvil.

Este sector que, desde nuestro punto de vista, cumple un rol fundamental en la atención al usuario, muchas veces es la primera barrera sanitaria. Como prueba de ello, ante distintas situaciones de salud, el Ministerio de Salud Pública ha convocado a la Cámara de Emergencias Médicas Móviles para ver cómo actuar ante epidemias de gripe o en distintas situaciones, a efectos de que las puertas de las emergencias no se vean saturadas de pacientes.

Cuando se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud, a través de la Ley Nº 18.211, este sector no estuvo incluido. En su artículo 46 se establece que los efectores integrales deberán brindar el servicio de emergencia móvil a sus afiliados, mediante la contratación de aquellas empresas que están habilitadas; además, determina que el usuario podrá elegir entre todas ellas. La gran discusión que ha habido durante todo este tiempo entre la Cámara de Emergencias Médicas Móviles y el Ministerio de Salud Pública es cómo incluirlas. La ley solo habilita la clave uno.

Durante todo el proceso que llevó a la discusión de la ley que creó el Sistema Nacional Integrado de Salud, vinimos al Parlamento, estuvimos en diferentes comisiones, nos reunimos con distintos legisladores nuestra propuesta aprobada en un congreso de la Federación y nuestra visión de cómo debían integrarse las emergencias móviles al Sistema. Esta no es la verdad absoluta; es nuestra propuesta, y está abierta a la discusión. Siempre pedimos que se crearan los ámbitos de discusión con participación del Ministerio, de las empresas por intermedio de la Cámara de Emergencias Médicas Móviles y de los trabajadores, si se llegara a una forma de inclusión de los servicios de emergencia móvil al Sistema Nacional Integrado de Salud.

¿Qué decir del servicio que cumplen las emergencias médicas móviles que, como recién mencionamos, son la primera barrera sanitaria? Se trata de alrededor de cincuenta instituciones a nivel nacional, que nuclean aproximadamente a cinco mil trabajadores en todo el país, dependientes y tercerizados. Hay un fuerte contingente de trabajadores tercerizados a nivel nacional, mayoritariamente en Montevideo. Además, realizan alrededor del 8% anual de las consultas totales del sistema de adultos y niños; efectúan una cobertura cercana al 32% de la población general; poseen un total aproximado de más de noventa bases de salida entre Montevideo y el interior; su financiamiento es por un sistema de cuotas, sin discriminación de riesgo y edad, es decir, se trata de una cuota prepaga.

Hoy, a nivel nacional, en las empresas del interior, en las que la capacidad de afiliación de los socios es mucho menor que en Montevideo, que en muchos casos no pasan de más de 2.500 o 3000 afiliados por institución, la dependencia económica principal son los traslados que se realizan, especializados, con un equipo asistencial de tres integrantes compuesto por médico, chofer y enfermero. En la mayoría de los casos, estos son contratados por las distintas direcciones departamentales de los servicios de ASSE. Esto está generado un problema, porque las direcciones departamentales hacen

su llamado a licitación, compra directa de servicio o contratan a estas empresas de emergencia móvil para atender a los usuarios y brindarles la atención domiciliaria, pero no se tienen en cuenta algunas de las cosas que nuestro sector de trabajadores ha acordado con la Cámara de Emergencias Médicas Móviles y no se exigen. Las direcciones departamentales de ASSE, cuando contratan los servicios o los traslados comunes -que no corresponderían hacerse con un médico; simplemente, con un enfermero y un chofer-, manejan todo en función de los costos- beneficio.

Hemos detectado, a lo largo y ancho del país -dejaremos a la Comisión unas carpetas con algunas pruebas-, que se termina contratando a empresas que no brindan servicios de salud, sino a empresas fúnebres que se presentan a esas licitaciones con una ambulancia y precios bajos. Son contratadas en función de que el costo es mucho menor que el de cualquier otra empresa. La primera pregunta que nos hacemos es qué calidad estamos brindando al paciente que se va a trasladar, en un móvil en el que el personal carece de todo -las ambulancias están vacías- y, en muchos casos, la experiencia es nula. Teniendo en cuenta el espíritu del Sistema Nacional Integrado de Salud, eso no ayuda a brindar una buena calidad de asistencia.

Esto también repercute en las economías de las empresas. Al no ganar las licitaciones porque se contrata por un precio menor, se termina hiriendo las economías de las empresas. Hace pocos meses, antes de fin de año, tuvimos una negociación en la Dinatra con la emergencia móvil de Soriano, básicamente por esto que acabamos de explicar. Lo paradójico es que ASSE estaba debiendo más de $ 5.000.000 a esta institución. La empresa estuvo a punto de mandar a los trabajadores al seguro de desempleo. La emergencia móvil de Soriano, que está en Mercedes, tiene durante quince días el servicio 911. Lo paradójico, además, es que aunque ASSE le debía $ 5.000.000, seguía contratándola para realizar traslados o para atender a sus usuarios. Como Federación, convocamos a esta empresa a la Dinatra. Quien habla, en su calidad de secretario general adjunto de la FUS, convocó a esta empresa, conjuntamente con los trabajadores. Pedimos al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social que citara al Ministerio de Salud Pública y a ASSE para discutir esta situación. Por suerte, después de varias reuniones y demostrado lo que acabamos de decir -teníamos toda la documentación que los compañeros nos dieron; es parte de lo que vamos a dejar en poder de la Comisión-, se llegó a un acuerdo: ASSE reconoció esa deuda y se va a pagar.

Pero esta situación no es única. Según la información que nos ha trasmitido la Cámara de Emergencias Médicas Móviles sabemos que esto se repite en muchos lugares ya que hay deudas de ASSE con estas instituciones.

Obviamente, lo primero que queremos es lograr estabilidad laboral, pero como trabajadores del sector también aspiramos a la inclusión de los servicios de emergencia médico móvil en el sistema de salud. A la vez, apuntamos a que se creen los ámbitos necesarios para poder discutir esta situación con la participación de todos los actores: empresas, Poder Ejecutivo y trabajadores.

En los años 2013 y 2014 -cuando el doctor Gallo presidía la Junasa- la Cámara de Emergencias Médicos Móviles hizo una presentación ante el Ministerio de Salud Pública -por medio de un *power point* realizado por el economista Ramos-, en la que demostró su punto de vista, así como la importancia del trabajo que hacía el servicio de emergencia médico móvil. Una de las cosas que se dijo allí fue que probablemente en los próximos meses se instalaran los ámbitos de trabajo lo que, lamentablemente, nunca se logró concretar.

Hemos pedido reuniones a los distintos ministros de Salud Pública pero nunca fuimos recibidos por ellos, aunque sí por algunos asesores a quienes les planteamos

nuestra visión, nuestra posición y nuestra propuesta. Nosotros entendemos que estos servicios brindan toda la atención extrahospitalaria que implica lo que está extramuros, es decir fuera de las instituciones, tanto en emergencia y urgencia como en médico de radio.

En algunas mutualistas de Montevideo se da la situación de que cuando los usuarios afiliados a determinada emergencia móvil llaman un médico de radio se les dice que después de las 20 o las 21 horas no hay y que deben llamar al servicio de emergencia móvil. Ese tipo de situación ya está avalando lo que nosotros planteamos en cuanto a que brindamos un servicio asistencial extramuros.

La propuesta que los trabajadores hicimos en su momento, y que reiteramos estamos dispuestos a discutir -pero es nuestra visión en cuanto a cómo debería actuarse-, se genera en que hoy las instituciones reciben por usuario una cápita paga por el Fondo Nacional de Salud. Nuestra propuesta básica es que un porcentaje de esa cápita sea destinado al pago de la asistencia médica extrahospitalaria. Proponemos que estas instituciones sean contratadas para brindar toda la atención extrahospitalaria: urgencia, emergencia y médico de radio.

En Montevideo las tras grandes empresas de este ramo tienen policlínicas con muy buena atención médica, pero consideramos que esas clínicas deberían convertirse en puertas de emergencia de resolución rápida. Nos parece que en un escenario en el que todos los años comprobamos la saturación que se produce en las puertas de emergencia, ya sea de hospitales públicos o de instituciones privadas, donde muchas veces una ambulancia con un paciente debe esperar muchas horas para que sea recibido, la propuesta que nosotros estamos haciendo ayudaría.

A la vez, aspiramos a que ese porcentaje de la cápita que planteamos se pague a las emergencias móviles y se establezca con el mismo criterio que existen las cápitas en el sistema, es decir por edad y por riesgo.

Obviamente, no podemos ignorar que los servicios de emergencia móvil son empresas de lucro; eso lo tenemos muy claro. Pero cuando desde el sistema se plantea que solamente se pague la clave uno por un afiliado y ese usuario ya tiene una historia rica de asociación, como se le va a brindar solamente la clave uno puede contratar el servicio de emergencia móvil para tener médico de radio, atención de urgencia, o atención en policlínica, por lo que entendemos que por un mismo afiliado las instituciones van a recibir dinero por dos vías diferentes. De esa manera no se está combatiendo el lucro sino que, de alguna forma, se lo está alimentando.

Por otra parte, nosotros estamos en contacto diario con los usuarios y vemos sus necesidades y debemos tener en cuenta que en estas empresas no hay que pagar una orden como la que se abona para ir al médico sino que simplemente se paga un tique, lo que sale mucho más barato. Además, al librar a las puertas de emergencia de un porcentaje alto de internaciones que endentecen toda la atención, el afiliado se siente respaldado porque no se lo traslada fácilmente a una puerta de emergencia.

Nosotros vemos que la demora de la discusión de la inclusión de los servicios de emergencia médico móvil al Sistema Nacional Integrado de Salud nos está generando problemas por lo que decíamos, ya que principalmente en el interior con la contratación de los traslados se generan deudas que no se pagan. Hoy por hoy, la Cámara de Emergencias está discutiendo con el Ministerio de Salud Pública un nuevo pago o un nuevo valor por el servicio 911, pero existen deudas incobrables porque no se está pagando desde el mes de enero. Todo eso repercute en las finanzas de las empresas, en las condiciones de trabajo de los empleados y en la calidad de la asistencia.

Está claro que en este tema, por diferentes razones -el hecho de que no se tengan los medios puede ser una- hay responsabilidades en el hecho de que los Ministerios de Salud Pública o de Trabajo y Seguridad Social no puedan controlar e inspeccionar a las empresas del interior, en las que muchas veces no se controla si las emergencias médico móviles están cumpliendo con todos los decretos.

El señor diputado Mier es del departamento de Treinta y Tres y debe saber que la UEM 33 fue cerrada hace dos años -más allá de un problema de gestión de sus dueños- porque carecía de muchos elementos básicos para brindar asistencia. Eso se da mucho en el interior. Entonces, nosotros consideramos que si este sector ingresara al Sistema Nacional Integrado de Salud también debería tener una fuerte y mayor regulación, que compruebe que se cumpla todo lo que exigen los decretos, así como las condiciones de trabajo y de laudo del grupo 15 y los convenios que nosotros hemos acordado con la Cámara de Emergencia Médico Móviles.

Por ejemplo, a raíz de lo sucedido en el día de ayer, es decir el vuelco de una ambulancia de ASSE en el que lamentablemente falleció un paciente, podemos mencionar que desde el 5 de marzo del año 2012 tenemos un convenio de traslados especializados con la Cámara de Emergencias Médicas Móviles -que se realizó en un ámbito que se creó a nuestra solicitud en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, en el que participaron representantes de ese ministerio, del de Salud Pública, de la Unasev y de la Intendencia-, por el que cuando se trata de un traslado de cuatrocientos kilómetros deben ir dos choferes. Además, el trabajador debe tener seis horas de descanso previo al traslado, lo que debe constar en una declaración jurada, así como el hecho de que no ha ingerido alcohol ni medicación que genere sueño. Esto apunta a brindar condiciones adecuadas para el traslado de un paciente y generar buenas condiciones de trabajo a los compañeros -porque el desgaste de manejar en carretera, a veces en condiciones climáticas complicadas genera estrés-, así como a evitar accidentes. Nos gustaría que en esas licitaciones o contrataciones directas que hacen las direcciones departamentales de ASSE esto estuviera establecido como una obligación. De esa manera, estaríamos dando garantías, sobre todo al usuario, de que será trasladado en las mejores condiciones. Vamos a tratar de homogeneizar las exigencias a fin de que todas las empresas se presenten con las mismas condiciones.

En resumen, nuestra visita es para exponer un estado de situación que se va generando poco a poco. Se han cerrado importantes empresas. Mencionamos la de Treinta y Tres, pero en Montevideo cerró una empresa que tenía muchos años, UCAR. Hace un tiempo cerró otra emergencia móvil en Pando, y lo mismo ocurrió con Semeco en Florida y esa ciudad quedó sin el servicio. Sin duda hay problemas de gestión, como ocurre en cualquier institución, pero reivindicamos el apoyo que brindamos al usuario y a la sociedad, sobre todo ahora que existe el servicio 911 que muchas veces convoca a las empresas de emergencia médica móvil.

Esta situación nos preocupa porque sigue pasando el tiempo y no se generan ámbitos de discusión. Tenemos una propuesta -no decimos que sea la mejor- que pretendemos que sirva de base para discutir la inclusión de estas empresas en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Nuestra visita es para reafirmar esta solicitud. No podemos demorar más la generación de un ámbito con el Ministerio de Salud Pública y el SNIS para discutir la inclusión de los servicios de emergencia móvil. Este proceso va a ser difícil porque, obviamente, las empresas tienen una visión mercantilista y nosotros lo que queremos es mantener nuestras fuentes de trabajo y nuestros puestos de trabajo, brindando una mejor calidad de asistencia a los usuarios. Por su parte, el Poder Ejecutivo también tendrá su punto de vista.

Cuando hablamos de profundizar el Sistema Nacional Integrado de Salud, creemos que un paso es la inclusión de un sector que no fue incluido cuando se creó el sistema. Ese es el motivo de nuestra presencia, para marcar el estado de situación. Desde ya les agradecemos por habernos recibido.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Para nosotros es un gusto recibirlos.

En la vida uno tiene que saber reconocer los errores. Este es uno de los tantos que hemos cometido, y no nos tiene que avergonzar reconocerlo. Nos equivocamos en un doble sentido. Cuando redactamos la Ley N° 18.211, que fue discutida en la fuerza política con los sindicatos, no se vislumbró la importancia sanitaria de la red de emergencias móviles en el sistema. Creo que fue un error que lo estamos pagando caro, porque estas emergencias -tenemos cifras a partir de 2007- brindaban toda la asistencia hospitalaria y, además, son el primer lugar de combate que tienen los prestadores integrales. Me refiero a que gran cantidad de consultas son evacuadas allí y no son derivadas a los hospitales.

Tenemos que reconocer que fue un error, como también lo fue incorporar los seguros privados. No fueron incorporadas las emergencias móviles pero sí los seguros privados. Tenemos que reconocer cuando nos equivocamos. También sabíamos que, en la perspectiva del gobierno, era un acercamiento con la Cámara de emergencias móviles para buscar algún tipo de arreglo a fin de cumplir con el artículo 46, relativo a la clave 1, cobertura a la cual tienen derecho todos los usuarios del SNIS. Hoy no podemos determinar cuándo es clave 1. Si el Gobierno decide incorporarla, seguramente de los 5.000 trabajadores van a quedar 2.500 en la calle. De eso no les puede caber ninguna duda.

Lo que tenemos que hacer es redoblar el esfuerzo, no ir por la clave 1 sino por la asistencia prehospitalaria. Me parece que ese es el escenario. ¿Cuál es la dificultad que existe? Desde mi óptica -hablo a título personal-, la dificultad es el elevadísimo costo que esto tiene. Solo la clave 1 tiene un costo que el país hoy no puede pagar, de manera que incorporar toda la asistencia prehospitalaria de las instituciones de asistencia médica colectiva y de ASSE -porque también ASSE es una institución integrante del Sistema Nacional Integral de Salud- es muy difícil. De todas formas, creo que ese es el camino que debemos transitar.

Siempre ponemos los mismos ejemplos cuando hablamos de clave 1. ¿Quién determina la clave 1? ¿Cómo se determina? ¿Quién es el responsable de la clave 1? ¿El prestador integral o la emergencia contratada? Todos los que trabajamos en la asistencia prehospitalaria sabemos que de diez llamados clave 1 solamente dos son clave 1 y los otros ocho no lo son. Esa es la realidad. Entonces, tampoco sirve el pago por acto o por llamado, porque ¿quién lo determina?

Creo que tenemos desafíos importantes por delante. Debemos utilizar todos los instrumentos que la ley nos brinda. Uno de ellos, que es nuevo, dado que recién está comenzando la puesta en práctica de la ley, es el que tiene que ver con la participación social, que entiendo es muy importante. Me refiero a la Junta Nacional de Salud, donde la FUS está representada a través de dos compañeros. Me parece que el ámbito oficial de discusión de este tema debe ser ese. Obviamente, también debe haber un lugar de negociación en el Ministerio de Salud Pública, en el que se reúnan los prestadores integrales y los trabajadores. Son dos ámbitos distintos.

Otro tema que nos preocupó y con respecto al cual trabajamos mucho -pensé que ya estaba resuelto, pero por lo visto no es así- es el relativo a la reglamentación de aquellas empresas que brindan traslados comunes -no los especializados, porque estos

requieren de otra infraestructura- que, prácticamente, se hacen en todo el país. Desde la Junta denunciamos la situación vinculada a los traslados y nos pusimos a trabajar en un decreto para que cada empresa que contrate con el Estado o con una institución de asistencia médica colectiva un traslado común cumpla con determinadas normas o parámetros, porque sabemos que hay casos en los que se compra una camioneta, se le agrega una camilla o una silla de ruedas y se brinda este servicio. En lo personal, me voy a ocupar expresamente de este tema, a efectos de ver cuánto se ha avanzado, porque creí que este problema se había solucionado.

Por último, aquí se hizo hincapié en los controles que debe tener el Estado sobre las empresas. También en este caso tenemos un instrumento que es nuevo y, por lo tanto, no se ha desarrollado, que son las Juntas Departamentales de Salud -cuyo presidente es el director departamental de salud-, que deben realizar el control social sobre las empresas, en este caso emergencias móviles, que es fundamental. De manera que no dependemos de que un inspector de Montevideo vaya hasta Cerro Largo, Treinta y Tres o Rivera a hacer un control. Hoy tenemos instrumentos en todas las capitales departamentales, por lo menos para hacer un control básico de que estas empresas cumplan con las condiciones para atender de la mejor forma a los usuarios.

De manera que me quedo con algunos deberes, sabiendo que esto no es fácil, que el camino es largo y que no debemos bajar los brazos.

SEÑOR LEMA (Martín).- Es un placer recibirlos para conocer su punto de vista sobre esta situación a nivel general.

Asumo el compromiso de estudiar sus inquietudes con total dedicación y responsabilidad. Muchas veces, cuando recibimos delegaciones, escuchamos los reclamos y por una cuestión de prudencia, para conocer los antecedentes y poder hablar con propiedad y con buen criterio -en mi caso, no soy médico- pasamos a una etapa de estudio. Para ello, en muchos casos, debemos refugiarnos en documentos porque, a veces, de un lado y de otro, en forma subjetiva, se dan diferentes posiciones contradictorias entre sí. Entiendo que con respecto a los documentos se pueden hacer diferentes interpretaciones o juicios de valor, pero los documentos tienen un carácter objetivo.

Dentro de su reclamo, ustedes hablaban de diferentes contrataciones de empresas que, en definitiva, no son emergencias móviles ni tienen experiencia en la prestación del servicio para el que se las contrata. Quería consultarles si tienen documentación al respecto que puedan poner a disposición de esta Comisión para que todos los legisladores estemos enterados y podamos tomar conocimiento de ese material, a fin de avanzar en este tema. Digo esto porque, si solo nos basamos en opiniones o posiciones, a veces todo queda en la nada. Me parece que es bueno analizar estos asuntos en profundidad. Nosotros no los recibimos para hacer un cumplido y que ustedes se vayan contentos porque fueron invitados a la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social y compartimos diferentes opiniones. No; la cuestión es tratar de transformar la realidad para bien. Muchas veces, los documentos son ilustrativos. Por eso, reitero, si pudieran presentarlos en la Comisión sería más que satisfactorio y se lo agradeceríamos.

SEÑOR MUNIZ (Víctor).- Voy a empezar por lo último que decía el señor diputado Lema.

En la carpeta que entregamos les dejamos prueba de lo que estamos diciendo, basados en el ejemplo concreto de lo que sucedió en Soriano.

Dejamos dos notas, una dirigida al ministro Basso y otra a la presidenta del Directorio de ASSE, doctora Susana Muñiz, enviadas por la Cámara de Emergencias Médicas Móviles, denunciando la situación.

También dejamos un acta en la que se manifiesta cómo se contrata por valor y una nota de ASSE en la que se señala que el preadjudicatario es Cochería y Previsora del Norte S.A., no una empresa de emergencia móvil.

Entregamos también una nota de ASSE en la que se señala que contrata con la empresa Vicent Traslados, que en ese momento tenía una suspensión de vigencia de certificados en el BPS. Sin embargo, fue contratada. Para nosotros, esto es prueba fehaciente de lo que se está haciendo mal. No adjudicamos culpa, que quede claro, pero está mal.

En cuanto a lo que dijo el señor diputado Gallo Cantera -nos conocemos desde hace tiempo-, aquí no venimos a cobrar facturas a nadie; venimos a marcar una preocupación. Por eso, bienvenido sea que tomen estos planteos y realicen gestiones para ver qué se puede hacer.

En el caso de las ambulancias, a nivel del Ministerio de Salud Pública no existe un registro nacional de las empresas. Ese decreto que se ha mencionado está en discusión, todavía no salió; nosotros tenemos el borrador. También aspiramos a tener la posibilidad de discutir y de dar nuestro punto de vista en ese sentido.

Todo esto que mencionamos apunta a optimizar el sistema, a mejorar la calidad de asistencia al usuario, a regular aquello que está mal y a profundizar en la legislación.

Algo que nos quedó pendiente al inicio de nuestra alocución fue que aspiramos también a que las empresas de emergencia médico móvil puedan profundizar en la complementación de sus servicios, tanto se trate de empresas públicas como privadas, teniendo en cuenta la georreferencia. Hay instituciones que pueden cubrir equis población y se puede complementar los servicios con otros efectores a fin de brindar mejor calidad de asistencia. Por eso proponemos que se generen los ámbitos de discusión. Sabemos que no será un proceso fácil ni será para ayer, pero hay que empezar a discutir esto, que quedó en el debe.

Por último, para la Federación Uruguaya de la Salud la participación social es fundamental; lo reafirmamos en todos sus términos. En ese sentido, el compañero que está en la Junta Nacional de Salud nos trasmitió que en la última reunión que se llevó a cabo -o penúltima- para planificar la temática a desarrollar este año se planteó este tema de las empresas de emergencia médica móvil. Estamos haciendo los esfuerzos necesarios en todos lados, golpeando todas las puertas; aspiramos poder sentarnos a discutir esta situación porque, desde nuestro punto de vista, urge hacerlo.

SEÑORA PRESIDENTA.- Informamos que el material que han entregado será fotocopiado y repartido a cada uno de los integrantes de esta Comisión.

SEÑOR RISSO (Humberto).- Quiero agregar que el tipo de empresas de las emergencias móviles es muy heterogéneo: podemos encontrar cooperativas, empresas uruguayas con capitales y patrones uruguayos, pero también -es una novedad, desde hace algún tiempo- empresas multinacionales. Si bien seguramente tienen diferentes finalidades, todas están unidas en la Cámara de Emergencias Médicas Móviles.

Luego de haber negociado, hemos logrado avances a nivel de las Cámaras. Cuando los trabajadores detectamos problemas, pedimos una reunión y lo planteamos, tratando de que el empresario se *aggiorne* a la norma.

En ese sentido, ha sido un avance lograr un protocolo de traslados, que dio un marco de seguridad, aunque se debe reconocer que no todos la respetan; la propia ASSE es la primera que no la respeta, pero eso es harina de otro costal, porque no tenemos influencia directa en esa institución como sí la podemos tener con la Cámara de Emergencias Médicas Móviles. Cada vez que ha habido un accidente entre las empresas de la Cámara, se debe a un incumplimiento de ese acuerdo, y lo llevamos a nivel de los Ministerios de Trabajo y Seguridad Social y de Salud Pública, junto con la Unasev. Inclusive, muchas veces ese incumplimiento generó la muerte de algún trabajador. Esto no pasó a mayores porque se hacen compromisos de cumplimiento de los acuerdos y se expresa un *mea culpa*, logrando que la situación quede saneada.

Los trabajadores no solo buscamos soluciones que nos den seguridad en los puestos de trabajo sino que también pretendemos mejorar la asistencia al socio, que paga. Muchos pagan el servicio, que les llega mal y tarde. Si uno recorre la avenida Giannattasio, hay un punto en el que ve tres o cuatro sedes de emergencias médicas móviles juntas, una frente a la otra. Lógicamente, esa vía pública está bien atendida. Ahora, si uno va hacia el oeste, ¿quién está por allí, cubriendo esa zona? Ni ASSE concurre. Y demoramos en ir hacia esa zona. Por ese tipo de situaciones nos preguntamos dónde está la voluntad política y ese principio de que todos somos iguales y que debemos ser asistidos de la misma manera.

Quería señalar este aspecto para tratar de sensibilizar al respecto y bajar a tierra cosas que, a veces, resultan difíciles. Hay que tener voluntad política para decir: "Esto no va más. Se debe complementar el servicio. No pueden estar tres emergencias médicas móviles juntas; una debe quedar aquí, otra se debe poner en otra zona y la otra, más allá". También faltan emergencias en las rutas. ¿Quién atiende en las rutas? El que viene atrás. Es un gran problema.

Las empresas pueden cobrar lo que quieran, cuando quieran. Y si una baja el precio, es porque se le antojó matar el mercado, como dicen. Nos expresan: "¿Con cuánto salió Fulanito? ¡Qué horrible: yo estoy al doble! Muchachos, no me pidan nada, porque miren lo que me está pasando". Eso nos ocurre a diario. Y estas personas, que mandan en estas empresas, tienen libertad de poner el precio que quieran; nadie las regula.

Antes, el servicio 911 era gratis, pero funcionaba mal. A ninguna de estas empresas se les pagaba nada e iban tres al mismo lugar, porque la gente, en la calle, llamaba al número de la emergencia que se acordaba. Resultaba un desperdicio de servicio y encarecía las emergencias. Este servicio se daba mal, porque quizás iban tres ambulancias a un lugar, pero dejaban a alguien sin atenderse en otro lado. Un día dijeron que eso no iba más, y que a partir de determinada fecha y hora no se atendería más el servicio 911 gratis. Y allí apareció plata, que terminó siendo mal gobernada, porque ¿cuántas claves 1 se hicieron? No obstante, hoy está mejor regulado que antes. La gente llama al 911, en primer lugar -la educación de la población cambió-, que regula el servicio y, luego, lo pasa al SAME, que lo recoordina: aprieta un botón y sale la emergencia a la que le corresponde responder.

Con la clave 1 se ha venido avanzando en muchos aspectos, lo que ha servido para mejorar la asistencia del que realmente necesita, pero todavía tenemos muchos agujeros negros que no se pueden tapar porque nadie pone el cascabel al gato. Nadie expresa a las empresas que deben instalarse en determinada zona para que puedan cubrir el servicio allí en tiempo y forma. Ahora, se chocan en otro lado. Eso sucede por competencia comercial. Pero nosotros queremos que eso cambie, porque dar un mejor

servicio no solo puede medirse por lo comercial. En este aspecto, queremos marcar una diferencia con el criterio de los empresarios.

SEÑOR MIER (Egardo).- En primer lugar, quiero agradecer que hayan venido.

En segundo término, voy a felicitarlos, porque la exposición fue respetuosa, profunda e ilustrativa.

Comparto casi todo lo que dijo el señor diputado Gallo Cantera y también asumo un pedacito de cuota de responsabilidad en esto porque, desde un lugar mucho más modesto, estuve en el armado del Sistema Nacional Integrado de Salud, y debo reconocer que esto no quedó resuelto y sigue sin resolverse.

Deseo hacer alguna precisión.

En primer lugar, las cápitas no se pagan por edad y riesgo, sino por edad y sexo.

En segundo término, el responsable de la clave 1, si pasa algo, es la institución de asistencia médica integral. Podrá tener subcontratado el servicio, pero la responsabilidad es de ella.

En tercer lugar, ASSE y las instituciones de asistencia médica colectiva no tienen fines de lucro. Ahí tenemos un enorme problema. Es verdad que constituye un enorme problema para el Sistema Nacional Integrado de Salud y para la salud de los uruguayos. Es así.

De alguna manera, queremos asumir el compromiso de trabajar en lo que podamos; estoy seguro de que todos los compañeros comparten esta intención.

Este es un tema complejo, que tiene plata por detrás, lo que complica más la situación.

Creo que ya estamos en hora de empezar a hincar el diente a esta situación.

Quiero saber si en los sindicatos de los trabajadores de las emergencias médicas móviles también están los trabajadores no médicos, no profesionales.

SEÑOR RISSO (Humberto).- Así es.

SEÑOR MUNIZ (Víctor).- Como ha dicho el compañero Risso, ha habido avances, que nos parece que deberíamos profundizar más.

El compañero mencionó la creación del SAME, pero también se creó el Sistema Nacional Integrado de Emergencias y Traslados, en cuyo decreto se establece que, en principio, el mecanismo de los traslados perinatales debía discutirse con las empresas de emergencia médica móvil. Creemos que esta es una herramienta en la que se puede trabajar mucho para tratar de generar reglas de juego claras a nivel nacional para el traslado de pacientes especializados. En esta materia, estamos dispuestos a discutir y a aportar ideas.

Reiteramos que aquí venimos a plantear una situación, reconociendo los avances que se han producido desde la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud hasta ahora, pero queda mucho camino por recorrer. Por eso, venimos a hacer los planteos aquí para que se pueda generar un espacio en el cual discutir los aspectos que se deben corregir, ya sea en el Parlamento o en los ámbitos de participación social, en los que los trabajadores podamos aportar nuestra visión y experiencia; tenemos compañeros que tienen muchos años de trabajo en una ambulancia.

Todo lo que hemos expresado apunta a mejorar el Sistema Nacional Integrado de Salud.

SEÑORA PRESIDENTA.- Esta Comisión tiene el compromiso de revisar algunas cosas que hay que corregir. Si bien no tiene carácter resolutivo, sí puede llevar a cabo articulaciones con las autoridades pertinentes.

Manifestamos nuestro compromiso de estudiar el material que nos han proporcionado y analizarlo. Luego, veremos cómo canalizamos el trabajo. Los mantendremos al tanto de lo que decidamos.

Agradecemos la presencia de la delegación.

(Se retira de sala una delegación de la Red de Sindicatos de Trabajadores de las Emergencias Médicas Móviles)

(Ingresa a sala una delegación de médicos del Primer Nivel de Atención de ASSE)

——La Comisión da la bienvenida a una delegación de médicos del Primer Nivel de Atención de ASSE, integrada por la doctora Ana Fraga y por los doctores Rafael Smirne, Guillermo Souza y Carlos Altamiranda.

SEÑOR SOUZA (Guillermo).- Agradezco que nos hayan recibido. También agradezco al doctor Radío, quien nos incentivó a traer esta propuesta a este ámbito. Ya hemos hablado con los señores diputados Silvio Ríos, Daniel Radío, Javier García, Eduardo Rubio y Ope Pasquet. A todos les hicimos llegar este planteamiento, que no pretende sustituir ningún ámbito concreto de negociación. Ya sabemos que han habido -y siguen habiendo- reuniones entre el Sindicato Médico del Uruguay y el Poder Ejecutivo con respecto a los temas salariales, que es lo venimos a plantear en primer lugar.

Haré un *racconto* de la situación salarial de los médicos generales de ASSE. Siempre fui médico de ASSE, desde que me recibí. Cuando comencé a trabajar, en el año 2001, nuestro sueldo era de alrededor de $ 2.500. Luego, a través de una movilización muy intensa y un conflicto muy prolongado, se logró un incremento de unos $ 3.800 por mes. Estamos hablando de cargos de veinte horas semanales, que implican unas noventa horas de trabajo mensual. Para los compañeros que hacen emergencia, esa carga horaria es de noventa y seis horas mensuales. Luego de ese conflicto, se llegó a ese incremento. Entre 2002 y 2005, hubo una intensa movilización. En 2005, el Poder Ejecutivo de la época tuvo una actitud diferente. Entre 2005 y 2007, hubo un incremento sin precedentes. Escuché por ahí que el salario se multiplicó por siete. Es verdad, pero partiendo de un piso de $ 3.500 o $ 3.800. Eso logró, en los hechos, la desmovilización de todos los planteamientos; sin duda, había conformidad.

No voy a interpretar las razones por las que la gente actúa de tal o cual manera. Formé parte de algunas agrupaciones minoritarias y opositoras dentro del SMU que seguíamos llevando ciertas propuestas. No me interesa entrar en detalle sobre la interna del SMU.

Así llegamos al año 2010. El ejecutivo del SMU firmó un acuerdo, que condenamos desde el inicio, mediante el cual para los médicos generales de ASSE solo había una actualización salarial por IPC y un 3,18% de recuperación salarial. En resumen, ese acuerdo contempló el hecho de que hubiera un pago variable por cápita para pacientes entre quince y diecinueve años, de $ 17 por paciente capitado para el área urbana y de $ 21 para el área rural. Esto vendría a ser un componente adicional, un pago variable al sueldo. En ese acuerdo, también se contempló la asignación de veinticuatro horas semanales para los médicos que estuvieran dispuestos a hacerlo, según requerimiento de las propias direcciones.

Nosotros, en principio, rechazamos estos dos últimos puntos por la simple razón de que generalmente los médicos de ASSE vemos pacientes adultos. Los jóvenes que veo

tienen cuarenta o más años; prácticamente, no veíamos a ningún paciente en esa franja etaria. Yo tengo dos pacientes capitados; hace catorce años que trabajo en el mismo lugar. Por otra parte, muchos hemos pedido el otro componente, es decir las veinticuatro horas semanales para los médicos que quisieran trabajar, y no nos las han otorgado. De hecho, presentamos una carta, junto a algún compañero. Éramos cinco y solo se las dieron a uno.

El 17 de febrero de este año, el SMU hizo una declaración de conflicto. En esta propuesta del ejecutivo, se plantea seguir con esa reivindicación de las veinticuatro horas. Hay algún detalle más que ahora no recuerdo, pero el tono era ese, sobre todo considerando la situación económica del país. Estamos hablando de que cuando se dieron esas reivindicaciones que consideramos insuficientes, el PBI estaba cerca del 10%. Ahora, obviamente, hay un motivo económico real; no sé si llegamos al 1%. Este deterioro se ha producido en un lapso de siete años. No empezó el año pasado ni tampoco este.

Ahora, ha habido algunos avances. Este año hemos recibido un incremento de $ 1.000; tal vez un poco más. Pero oficialmente no hay nada. Las publicaciones del Sindicato Médico del Uruguay no me permiten valorar nada ni qué incluyen. Esa es la situación. Actualmente, estamos ganando unos $ 26.000 por noventa horas mensuales de trabajo.

Por otra parte, siempre se habla de hacer una complementariedad en los servicios públicos y privados. Estuve leyendo -según datos de enero de 2014- lo que gana un médico en el ámbito público y en el ámbito privado. A esto hay que agregar el aumento y la recuperación que han tenido en este año. Hubo un acuerdo a nivel privado, que es considerado por todos ejemplar. Esta diferencia debe ser aún peor en detrimento nuestro. En enero de 2014, la hora del médico general de ASSE -estamos hablando de retribuciones nominales- se pagaba $ 330. A nivel privado, por el acuerdo del SMU, el mismo médico, trabajando veintiséis horas por mes, ganaba $ 871; por el laudo FEMI, $ 789. A nivel de especialidades, la hora del especialista en ASSE, se pagaba $ 396; el privado, por el acuerdo del SMU, ganaba $ 963 y, por el laudo FEMI, $ 881. Es decir que la diferencia a favor del salario privado del SMU, en detrimento del público, era de 2,64%, y de acuerdo al laudo FEMI, de 2,39%. Estamos hablando de sueldos que seguramente ahora deben estar triplicando lo que gana un médico con exactamente la misma formación en el ámbito público.

Humildemente, y sin adjudicarme representatividad alguna, pienso que a la corta o a la larga esta situación debe ser corregida por un hecho fundamental: se está dando un trasiego de médicos del sector público al privado precisamente por algo elemental ya que nadie va a trabajar en un lugar en el cual le pagan la tercera parte, inclusive a veces con peores condiciones; no digo que esto último suceda siempre porque se trata de un sector muy heterogéneo, al igual que el ámbito privado, donde hay mucho trabajo basura, aunque no me voy a referir a ese tema. Recuerdo que el doctor Toledo dijo en el SMU que en el caso de que esta situación se consolidara y perpetuara -que es el riesgo que uno avizora en un horizonte cercano- podría hacer colapsar el sistema de salud.

SEÑOR ALTAMIRANDA (Carlos).- Soy doctor en medicina y trabajo en el Centro de Salud Giordano.

Esta movida por cuenta nuestra se debe a que prácticamente hemos agotado los recursos a través de quien realmente nos representó siempre, que fue el SMU. Hemos comprobado que un importante grupo de colegas, de aproximadamente dos mil o tres mil en todo el país, tenemos el sueldo atrasado. Si bien en el centro en el que me desempeño veo que se procura cumplir a diario con la consulta de todo usuario que, por

supuesto, tiene derecho y debe ser evacuada de la mejor manera posible, a veces se tropieza con muchas dificultades porque faltan recursos humanos ya sea en la parte administrativa o técnica, pues a veces hay muchos colegas certificados. Se nos asignan entre dieciocho y veinticinco pacientes diarios por agenda, los cuales a veces no podemos atender. El Sindicato Médico tiene laudado que debemos atender cuatro pacientes por hora y si se nos agenda esa cantidad de pacientes a veces no podemos evacuar toda la consulta, amén de los ambulantes que se presentan espontáneamente y a los que también debemos ver, porque si bien no están incluidos en la agenda porque no pidieron consulta debemos resolverle el problema por el cual se presentan.

En mi centro no hay una puerta de emergencia sino que hay consulta de policlínica todo el día, tanto en la mañana como en la tarde, pero ahora el centro abre y cierra una hora más temprano. Yo tengo consultas en la tarde hasta la hora 18, pero la mayor parte del personal que trabaja conmigo marca su salida a las 17 y 30 por reloj, lo que apareja una situación muy irregular ya que debo quedarme a solas con pacientes en el centro en compañía del custodia o del conserje, y del servicio 222 a cargo del Ministerio del Interior. Estas dificultades no son de ahora. Quiero creer que lo que pasa en el centro de salud Giordano es un calco de lo que sucede en la mayoría de los centros de salud de la zona metropolitana; de los casos del interior no puedo hablar. Cuando me desempeñé en el centro de salud de Sayago -no estaba en el mismo centro sino en una policlínica satélite ubicada en el Complejo América- la mayor parte de los días de la semana trabajaba en compañía de una enfermera y de un administrativo. Las situaciones son variadas, pero nos hemos dado cuenta de que en todo este período en el que hemos hecho reclamamos -en muchos casos nos han atendido y en otros no- el órgano identificado como más lento operativamente es ASSE. Nosotros tratamos de que ASSE sea más expeditiva pero no hemos tenido eco a nuestros planteos, que vienen de larga data.

SEÑORA FRAGA (Ana).- Soy pediatra y trabajo en la zona del Cerro y Nuevo París; una parte de mi horario me desempeño en el centro de salud Cerro y otra en una policlínica dependiente en Nuevo París.

Soy socia del Sindicato Médico del Uruguay y participo en él, a diferencia de mis compañeros, por lo que somos un grupo diverso. Nos conocemos y nos dispusimos a hacer este movimiento juntos porque los compañeros son de los médicos más postergados del sector público y también tenemos otras preocupaciones que queremos plantear.

Nosotros vemos que si bien se habla mucho del primer nivel de atención como algo fundamental del sistema de salud, no está funcionando bien y sentimos que no se le está dando la jerarquía debida. Estamos muy preocupados por varios aspectos que tienen que ver con la parte pediátrica, pero me quiero referir más globalmente a que se está dando una pérdida enorme de recursos del sector público al privado. Nosotros sabemos que en los últimos días han renunciado médicos y enfermeros, lo que tiene que ver con lo que decía mi compañero en cuanto a que hay gran diferencia entre los salarios del sector público y privado. He escuchado que alguna autoridad de ASSE niega que se estén yendo los recursos humanos, pero sugiero que pidan estos datos y si no logran llegar a ellos podemos acercarles los nuestros porque tenemos nuestra propia estadística.

Además, nos preocupa que se van recursos del sector público al privado y, lamentablemente, luego hay que comprar servicios al sector privado. Eso lo estamos viendo de una manera terriblemente alarmante y también sugiero que lo averigüen, aunque también tenemos datos al respecto. Eso sucede en todas las áreas; lo hablaba con una compañera ginecóloga quien me dio detalles, pero la idea no es brindar esos datos aunque queremos decir que esto está ocurriendo.

Desde el área pediátrica estamos muy preocupados por las dificultades de aprendizaje de los niños. Yo trabajo en un equipo de seguimiento de niños de riesgo neurológico y verdaderamente la situación es muy preocupante porque no tenemos cómo diagnosticarlos ni tratarlos. Estamos procurando comunicar esto a las autoridades desde hace bastante tiempo para tratar que reaccionen, pero no nos queda claro qué es lo que pasa, es decir si nosotros no podemos trasmitir bien esta situación o no nos pueden escuchar.

Asimismo, tenemos muchas dificultades de coordinación con el Hospital Pereira Rossell en las interconsultas con especialistas ya que hay demoras enormes, lo que también venimos denunciando desde hace bastante tiempo. Por ejemplo, para que un niño sea visto por un neuropediatra o un oftalmólogo puede pasar un año y para que sea visto por un foniatra debe esperar dos años o más. Verdaderamente, esto constituye omisión de asistencia.

SEÑOR SMIRNE (Rafael).- Soy cirujano y atiendo la policlínica de cirugía del Cerro, que trabaja a demanda. Eso quiere decir que allí se atienden todos los pacientes que piden una consulta en el día; es la única que trabaja con ese sistema. Eso provoca incongruencias porque, por ejemplo, un paciente que quiere consultar por una uña encarnada y que debería ver un dermatólogo, como para conseguir una consulta con él debe esperar un mes y medio, allí lo atienden en el mismo día. Por supuesto que no me molesta atender esos casos pero el problema es que van saturando la policlínica porque hacemos todas las pequeñas cirugías. Siempre se dice que los cirujanos ganamos bien pero aquí se da todo lo contrario. Como dijo el doctor Souza ganamos la tercera parte de lo que perciben otros cirujanos que trabajan en la propia Salud Pública, sin contar que tampoco cobramos acto médico.

No pertenezco al Sindicato Médico porque me fui por discrepancias, ni tampoco al Sindicato Anestésico Quirúrgico.

Prácticamente no existimos. Si bien trabajamos a demanda los recursos que tenemos son los mismos que tiene un médico especialista común y corriente. Estamos ganando menos de la tercera parte y para que tengan una idea puedo mencionar que cuando pido un suplente no se pone uno porque sencillamente no va nadie.

Además, contamos con numerosas carencias y a pesar de que hacemos todas las pequeñas cirugías de emergencia o urgencia, no tenemos una mínima sala de operaciones.

SEÑORA FRAGA (Ana).- Todas estas situaciones no solo suceden en pediatría -lo sabemos porque siempre hablamos con todos los compañeros acerca de cómo trabajamos y de cómo se hace la asistencia- y a la gente le cuestan la vida. Por ejemplo, cuando una persona hace una consulta y el doctor sospecha que puede tener un cáncer de estómago y le manda hacer una fibrogastroscopía que demora seis meses, le puede costar la vida. Puedo citar el caso de una compañera enfermera del centro de salud Cerro que se atendía en ASSE y murió de un cáncer antes de que le hicieran la tomografía, que tenía coordinada para diez días después. Esto es terrible porque, reitero, le cuesta la vida a la gente.

SEÑOR SMIRNE (Rafael).- Quiero remarcar la descoordinación existente. Por ejemplo, el cáncer de esófago debe ser atendido como una urgencia. En ese caso, yo hago el diagnóstico y si pido un esofagogastroduodeno me tarda tres o cuatro semanas; si solicito una interconsulta con cirugía del Hospital Maciel, que es donde debemos derivar a los pacientes, la consulta está tardando por lo menos un mes y medio en el que el paciente se muere. Eso conduce a que hagamos prácticas que podrían ser

catalogadas como mala praxis porque decimos a los pacientes que traten de entrar por la emergencia del Maciel e inventen síntomas como, por ejemplo, que no pueden tragar para que por lo menos lo vean y le hagan un esofagogastroduodeno de apuro y hagan algo.

SEÑOR SOUZA (Guillermo).- En realidad, yo hice hincapié en la parte salarial, que me parece fundamental, inclusive en aspectos que hacen al propio trabajo médico. Pero, obviamente, como médicos generales tenemos limitaciones de todo tipo en la práctica. Por ejemplo, para recetar algún medicamento de uso común, que se utiliza hace años, tenemos que dar al paciente pase a un especialista. Para que a un paciente le hagan una fibrogastroscopía debemos darle un pase al gastroenterólogo para que tres meses después se la pida.

Hay limitaciones hasta de tipo administrativo. Por ejemplo, empecé a trabajar en una policlínica en la que me cambiaban el horario para que mi consulta no se superpusiera con la del ecografista. Sin embargo, recibía las historias clínicas dos horas después de mi hora de llegada, lo cual me reducía el tiempo de consulta de forma atroz.

Todos tenemos ese tipo de historias. Inclusive, las tengo por escrito; se las voy a dejar a la secretaria para que después ustedes puedan leerlas.

De todas maneras, la cuestión en la cual hice hincapié es la otra, que salta a la vista. Si bien el Sindicato Médico hace siete años que nos está relegando, parece que no tiene ningún problema en seguir haciéndolo durante siete o diez años más. Por eso me parece importante intervenir ahora y hacerles conocer esta realidad que rompe los ojos.

Estamos a las órdenes para contestar las preguntas que estimen pertinentes.

SEÑOR LEMA (Martín).- Les agradezco por haberse acercado a plantear esta situación en la Comisión.

En lo personal, considero su planteo sumamente descriptivo y útil porque nos permite entender cómo conviven con muchas realidades.

Desde que iniciamos la Legislatura hemos tratado de ir a los distintos lugares a conocer las condiciones de trabajo y de atención. En este tipo de reuniones podemos comparar lo que vemos cuando vamos a esos lugares con los testimonios de los trabajadores.

Estoy sumamente preocupado por la gestión de ASSE y por la calidad de la atención que brinda. Por lo que había visto, y de acuerdo con lo que ahora ustedes reafirman, las condiciones en las cuales se deben llevar a cabo los actos médicos indican que en muchas circunstancias terminan haciendo actos de heroísmo.

Recién se hacía referencia al Centro de Salud del Cerro. Fui varias veces allí y me encontré con que la realidad estaba muy distante de lo que fue, por ejemplo, la inauguración de la puerta de emergencia. Cuando se inauguró la puerta de emergencia -a la cual también fui-, por el volumen de prensa y por todo lo que sucedió en ese escenario, uno se imaginaba que iba a ser un centro de salud modelo. Lo cierto es que es algo muy distinto a lo que parecía en aquella inauguración. ¿Por qué digo esto? Porque, desde el punto de vista logístico, la puerta de emergencia no está ubicada en un lugar apropiado. Por ejemplo, si hoy llega alguien a la emergencia del Centro de Salud del Cerro y requiere un estudio que debe realizarse en la zona de rayos, hay que trasladarlo unos cuantos metros, lo cual implica una incomodidad. De manera que, desde el punto de vista de la logística, este centro de salud no presenta las condiciones para brindar una calidad de atención adecuada. En esa nueva obra no se contempló de qué manera se podía dar un mejor servicio al paciente.

Otra de las cuestiones que noté cuando fui a ese centro de salud es que las paredes son de yeso, lo cual no me pareció adecuado para brindar atención de salud; debemos corroborarlo con un especialista y lo haremos en cuestión de tiempo. Es más, me parece que, ante un golpe de calor importante, esas paredes se irán deteriorando rápidamente.

También se decía aquí que, en definitiva, hay presupuesto para muchas cosas. Sin ir más lejos, esta mañana estábamos analizando con un grupo de asesores que, según surge de las contrataciones estatales, en el año 2015 se gastaron $ 61.000.000 en contratos de ambulancias privadas. Es un dato en el que vamos a profundizar. En lo que refiere a gastos de funcionamiento, es decir de contrataciones, el presupuesto para el año 2016 se incrementó en un 27% con respecto al año 2015.

Creo que en algún momento, entre todos, vamos a tener que hacer una revisión de cómo se están administrando los fondos públicos y ver si se están destinando de forma tal que se traduzcan en una mejor atención de salud, porque si solamente nos basamos en números fríos, estadísticas y presupuesto, y eso no se traduce en una mejor calidad de atención y en mejores condiciones de trabajo para quienes llevan a cabo estas funciones, en definitiva estamos festejando un balance pero no una mejora en el nivel de atención.

Agradezco que hayan hecho estos planteos. Comparto su preocupación y me pongo a su total disposición. Como recién dije a la anterior delegación, la idea no es hacer cumplidos. Si nosotros los recibimos y ustedes se van contentos porque compartimos opiniones o se desahogaron, pero luego no hacemos un seguimiento de los temas, si no seguimos buscando información, si no hacemos una revisión permanente de cómo está gastando ASSE los recursos, en definitiva solo les estaremos haciendo un cumplido. Por la preocupación puesta de manifiesto en sus planteos, imagino que esa no es la intención con que vinieron a esta Comisión, sino para tratar de mejorar la calidad de la atención.

Quedamos a las órdenes. Pueden contar con esta Comisión para seguir haciendo planteos. Sepan que estamos sumamente preocupados con esa administración, estamos haciendo una revisión permanente de cómo se está gastando y, si es necesario, estamos dispuestos a pedir la información a través de una rendición de cuentas.

SEÑOR RÍOS FERREIRA (Silvio).- Bienvenidos. Ya habíamos tenido un contacto con ustedes. Como les habíamos dicho, nos resulta sorprendente cómo fue quedando para atrás todo el sector de medicina general en los diferentes arreglos llevados a cabo a nivel gremial. Creíamos que este tipo de problemas se habían laudado a nivel gremial, porque todos los médicos están representados en el Sindicato Médico o en la FEMI, que son los gremios que tienen que ocuparse no solo de los especialistas sino de todos los médicos.

Hoy recibimos esta realidad. Debemos transmitirla a dos lugares y, después, hacer un seguimiento, porque esto debe resolverse de alguna manera.

Por un lado, debemos transmitirla a los gremios médicos, a los que ya hemos recibido en la Comisión por otros motivos. Nos llama la atención que haya una postergación de este sector. Yo también fui médico general y también viví ese pago de $ 2.500 a principios del año 2001. La verdad es que el pago por hora de guardia a nivel de Salud Pública no mejoró lo suficiente y, según lo que ustedes dicen -yo ya me jubilé, no estoy al tanto de los sueldos actuales-, no acompasó los aumentos que han tenido otros sectores de especialistas, tanto médicos como quirúrgicos y anestésicos, que han tenido otro tipo de remuneraciones dentro del sistema público pero también del privado.

Por otro, con respecto a los aspectos funcionales del trabajo médico, la calidad, las dificultades que tienen para implementar la tarea correctamente y ser más eficientes -me

refiero a las demoras en los estudios, es decir trastornos en el área funcional de los servicios de prestación- tenemos que hablar claramente con las autoridades de ASSE. Vamos a proponer que la versión taquigráfica de lo expresado en esta reunión se envíe al Directorio de ASSE para ver si podemos encontrar soluciones a estos problemas.

Entiendo que quienes están en la negociación son los directivos de los gremios, pero está en juego el salario de todos los médicos, independientemente de que sean o no socios del Sindicato Médico. Los negociadores representan a los socios de su gremio, pero también al ramo, a la grey médica. Así es que también hay que buscar una solución por ese lado.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Escuchamos con mucha atención cada una de las exposiciones.

Obviamente, el reclamo salarial que manifiestan es justo. Como decía el colega Ríos, esto se debe encauzar en el Sindicato Médico del Uruguay y en la Federación Médica del Interior, que son los gremios con representación en el Consejo de Salarios. Nos quedamos con la preocupación de ustedes.

Es bueno destacar que a lo largo de estos años se hicieron muchas obras en ASSE, que hoy no es la misma que hace quince o veinte años en un montón de aspectos. Es verdad que queda mucho por trabajar, pero hoy veo un Hospital Maciel reluciente, un Hospital Pasteur que se está reformando, un Centro Hospitalario Pereira Rossell en el que se ha hecho muchísimo. Si bien todavía falta, se ha hecho muchísimo por la salud de todos los uruguayos que menos tienen. O sea que también reivindico el papel que ha jugado ASSE en todo este tiempo. Obviamente, siempre le exigimos más, porque ASSE es nuestra, es de todos los uruguayos.

Como decía el doctor Ríos, además de hablar con el Directorio de ASSE vamos a enviarles la versión taquigráfica de esta reunión.

Lo que más me preocupó -no sé si por deformación profesional- fue lo que dijo la doctora Fraga con respecto a los problemas neurológicos y a las dificultades en cuanto al diagnóstico y la parte terapéutica. Me gustaría que me dijera a qué patologías se está refiriendo, qué cantidad de casos hay y con quiénes hablaron para denunciar esta situación que, por lo que usted plantea, es importante.

SEÑORA FRAGA (Ana).- Soy pediatra desde hace años y trabajo en el primer nivel de atención. Trabajo en una zona en la que hay muchas familias pobres y digo que está ocurriendo una catástrofe neurológica en esa población. Los que están viendo y palpando esto son los maestros -que son pocos- y las maestras, y los pediatras, que también son pocos, y las pediatras. Tengo una cantidad de informes catastróficos de lo que las maestras describen sobre los niños. Hay que buscar los datos de Primaria sobre repeticiones, fracasos y demás. Yo no los traje, pero si los buscan advertirán que en esos datos se refleja todo esto. No tenemos equipos para diagnosticar ni para tratar a estos niños. No tenemos psicopedagogos. No hay dónde enviarlos. Hay niños de tres años que no hablan, y no tenemos la posibilidad de enviarlos rápidamente a un foniatra. Algunos tienen cinco años, al año siguiente van a empezar primer año de escuela y no hablan bien, y sabemos que eso influirá en su capacidad de aprender a leer y escribir. Averigüen cuál es la demora para un foniatra en el Centro Hospitalario Pereira Rossell: dos años, con suerte. Además, los sistemas de derivación que tenemos son terribles. Nosotros hacemos el pase, el padre lo entrega en Atención al Usuario y desde esa oficina lo coordinan con el Hospital, pero lo hacen de tal forma que nunca llega la información; pasan meses y no se sabe qué pasa con ese pedido.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- ¿Dónde hizo la denuncia?

SEÑORA FRAGA (Ana).- Hemos dicho esto en varias oportunidades. En el año 2013, en la 9ª Convención Médica presentamos un informe. Hace rato que lo estamos diciendo. Hemos entregado ese informe y se lo hemos dicho a todo el mundo; todos los saben. Está escrito y publicado en la página web.

Si los padres trabajan, tenemos chance de conseguir algún apoyo a través del Banco de Previsión Social. El problema es que los padres de la mayoría de los niños que vemos no trabajan. Entonces, estamos pidiendo que el Banco de Previsión Social, que la seguridad social nos ayude, de alguna manera, a sostener a esos niños.

Además, sabemos lo que sucede luego, porque vemos la historia de esos niños. Fracasan en la escuela, salen del sistema educativo -si llegan al liceo, con suerte, la mayoría no pasa más allá del segundo año; hasta hace poco trabajé en un espacio adolescente, por lo que sé bien de lo que estoy hablando- y después son los que están robando o agarrando un revólver y matando. Lo sabemos porque tenemos pacientes que luego salen en la televisión; son los que, con trece años, agarran un revólver y matan en el Cerro.

No hay recursos para la salud mental. Ese es otro problema. Los informes de las maestras hacen referencia a alteraciones de conducta importantísimas y a impresionantes dificultades en el aprendizaje; no obstante, no hay recursos para atenderlos. Había dos psiquiatras en la policlínica INVE 18, en La Teja, dependiente del centro de salud del Cerro, pero hace poco renunció una de las psiquiatras infantiles; quedó una sola, y ya no alcanzaban cuando eran dos. Conseguir un psicólogo para que vea a un niño es dificilísimo. No hay quien nos haga diagnósticos neuropsicológicos ni psicopedagógicos. Y si, por casualidad, conseguimos que a algún niño se lo hagan, no tenemos cómo tratarlo.

SEÑOR SOUZA (Guillermo).- Con relación a lo que expresaron los diputados Gallo Cantera y Ríos Ferreira en cuanto a vehiculizar esto a través del Sindicato Médico del Uruguay, quiero decir lo siguiente. Participé prácticamente de todas las asambleas por el tema de los médicos de ASSE. No me disfracé de nada ni dije algo diferente; expresé exactamente lo que estoy manifestando acá. Señalo esto desde el año 2009, antes de que se firmara este acuerdo y después también, y participé prácticamente en todas las asambleas en las que se trató este asunto. Inclusive, en los ejecutivos ampliados que hubo tomé la palabra y dije exactamente lo mismo. Participé en la Comisión del sector público desde el año 2004 hasta aproximadamente el año 2008. Conozco personalmente a todos los integrantes y ellos me conocen a mí.

Con esto quiero decir que no estoy por fuera del Sindicato Médico del Uruguay, por más que ahora tengo discrepancias notorias, además de considerar que lleva adelante las propuestas salariales de forma maquiavélica, en el sentido de *divide et impera.* Esa es una realidad.

Algunos sectores logran acuerdos; otros, no. El grupo que no logra determinados acuerdos a través del *lobby*, presión o movilización -o como quieran llamarlo-, se juntan y, de esos veinte, cinco consiguen una mejora -pírrica o lo que fuera, pero mejora al fin-, y así se ha manejado el Sindicato Médico del Uruguay, desgraciadamente. Pienso que médicos somos todos, por más que unos tengan título de especialistas y otros no. En mi caso, eso se debe a una simple opción personal, pero no me considero menos que ningún especialista. Esa es la manera de manejarse que ha tenido el Sindicato Médico del Uruguay, por *establishment* -como le llamo-, desde hace tiempo. Además, esa manera de negociación ahora se ha consolidado totalmente.

Por eso le dije a la doctora Fraga que tenía un amigo diputado y que debíamos llamarlo -realmente, fue así- para empezar a movernos por otro lado a efectos de ver si encontrábamos a alguien que nos escuchara. Esa es la verdad.

SEÑORA FRAGA (Ana).- En realidad, cuando me llamaron, dije: "Sí, vamos adonde sea. Tenemos que seguir hablando de esto". Si el señor diputado Gallo Cantera desea darme su correo electrónico, le paso el documento que hicimos los pediatras en el año 2013.

(Diálogos)

SEÑOR MIER (Egardo).- Quiero hacer dos reflexiones.

En primer lugar, desde que los gremios médicos permitimos que se nos dividiera por especialidad -yo soy médico, de Treinta y Tres- o por poder de las subespecialidades, sin darnos cuenta de que todos somos médicos y peleamos por lo mismo, empezó a germinar la semilla de la destrucción gremial.

En segundo término, hace mucho tiempo que ASSE está muy mal administrada, y sigue muy mal gestionada y administrada. Esconder esa verdad, creo que no nos va a ayudar a solucionar nada.

En tercer lugar, los médicos generales, sobre todo los que trabajan a nivel público, han sido postergados históricamente, y siguen siendo postergados. Y creo que tienen valores y argumentos suficientes como para no sentirse representados. También quiero compartir eso.

Por otra parte, quiero decir algo muy personal. Conozco a la doctora Fraga porque trabajamos juntos durante muchísimos años. Para quienes no la conocen, pero sí me conocen a mí, quiero decir que es una excelente persona, una excelente pediatra que, teniendo ofertas muy importantes del sector privado, hizo la opción personal y profesional de dedicarse al sector público y a los más carenciados. Quiero reconocer eso públicamente. Por lo tanto, ¡ojo! Hay que poner las barbas en remojo ante lo que está diciendo.

Este es un ámbito legislativo y deliberativo; a muchos nos pesa no tener poder de ejecución. No tenemos esa chance. Desde este ámbito podemos pelear, tender puentes, hablar, escuchar y proponer, pero no resolver. Por eso, es muy importante recibir toda la documentación posible, con la mayor cantidad de datos serios porque, lamentablemente, estas cuestiones se tiñen de política partidaria -digo esto, y soy un representante político partidario- y los datos, cuando están, son irrefutables. Cuando estos aparecen, las palabras se terminan y cantan los números. Ese es el motivo por el que les pido que nos hagan llegar toda la documentación que tengan sobre esta realidad tan complicada que están manejando, porque a algunos de nosotros -lo digo con total humildad- lo que nos interesa es ayudar y tratar de resolver un problema que no surge en estos últimos tiempos sino que viene desde mucho antes, pero que todavía no se ha resuelto.

Agradezco la visita que nos han hecho y les reitero que quedo a las órdenes.

SEÑORA PRESIDENTA.- Agradecemos su presencia y les reiteramos el pedido de entrega de toda la documentación que nos puedan acercar.

En realidad, nos apremia el tiempo porque tenemos una sesión ordinaria de Cámara; de lo contrario, seguiríamos esta reunión, porque el tema da para hablar mucho más.

Tengan la seguridad de que seguiremos trabajando en este tema, porque entendemos claramente lo que nos han planteado hoy.

Se levanta la reunión.

≠